

Hernie Diaphragmatique et Gravido-Puerpéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PROST Yvonne

née le 13 Décembre 1928, à Lyon



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1955

**HERNIE DIAPHRAGMATIQUE
ET GRAVIDO - PUERPUERALITÉ**

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. J. LEPINE.
M. H. HERMANN.
M. J. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE,
PATEL, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER

PROFESSEURS :

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Pharmacie et Pharmacologie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
MAYOUX.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
DREYON.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTIUS.
(détaché à Beyrouth)
BOURRET.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL.
ROCHE.
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
BERTRAND.
NETIEN.
BADINAND,

Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et écologie sociale
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Histologie
Pharmacie galénique et matière médicale
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène et action sanitaire sociale
Biologie médicale et pharmacodynamie
Propédeutique chirurgicale
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique pharmacéutique

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique M. BANSSILLON.
Physique biologique M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Parasitologie	COUDERT.	Physiologie	CHATONNET.
Parasitologie	ROMAN.	Physiologie	CIER.
Histologie	X...	Biochimie médicale	CREYSSSEL R.
Bactériologie	BERTOYE A.		

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale	MM.	Pathologie chirurgicale ..	GUILLET.
Pathologie médicale	BRUN.	Orthopédie	MARION J.
Pathologie médicale	M. GIRARD.	Obstétrique	BROCHIER.
Pathologie médicale	P. GIRARD.	Obstétrique	MAGNIN.
Pathologie médicale	JEUNE.	Obstétrique	MATHIEU J.
Pathologie médicale	VACHON.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Pathologie médicale	GALY.	Anatomie	LATARJET.
Pathologie médicale	GONIN.	Urologie	PERRIN.
Pathologie chirurgicale ..	BERARD.	Ophtalmologie	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale ..	DESJACQUES.	Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale ..	LABRY.	Oto-rhino-laryngologie ..	X...
Pathologie chirurgicale ..	TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie ..	THIERS.
Pathologie chirurgicale ..	DARGENT.	Médecine légale et Méde-	
Pathologie chirurgicale ..	MANSUY.	cine du Travail	X...

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGES

Hygiène	M. BENAZET.
Histologie	M. DUMONT.
Physique biologique	M. MORET.
Pharmacie et Pharmacologie	M. CIER.
Chimie organique et toxicologie ..	M. PERROT

JURY DE LA THESE :

M. le Professeur PIGEAUD, Président;
MM. BANSSILLON, BROCHIER, MAGNIN, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Hernie Diaphragmatique et Gravido-Puerpéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PROST Yvonne

née le 13 Décembre 1928, à Lyon



BOURG

IMPRIMERIE BERTHOD

1955



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale.

Il nous a fait l'honneur de bien vouloir
accepter la présidence de notre Jury.

Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre admiration et de notre respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR BANSSILLON

Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCHIER

Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAGNIN

Accoucheur des Hôpitaux.

Nous les remercions d'avoir bien voulu
faire partie de notre Jury, et les prions
de croire à nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

Professeur de Clinique Chirurgicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BRET

Nous les remercions de nous avoir
communiqué leurs observations.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. DUMONT

Chef de laboratoire à la Clinique obstétricale.

Il a bien voulu nous confier ce sujet
de thèse et nous aider de ses conseils
avec beaucoup de bonne humeur.

En expression de nos remerciements
et de notre gratitude.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX ET A LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUR

Chirurgien-chef de l'Hôpital de Bourgoin.

Nous lui savons gré de la simplicité qu'il a toujours mise à nous prodiguer ses enseignements, et de l'indulgence qu'il nous a sans cesse témoignée.

Nous le prions de croire à notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. CHAIX

Nous le remercions de la bienveillance et de l'aimable accueil qui nous ont toujours été réservés dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. SOURD

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

INTRODUCTION

La hernie diaphragmatique, compliquant la grossesse, sembla longtemps une éventualité rarissime. Depuis 1935, après les travaux de RIGLER et ENEBOE, puis plus récents de HILLEMAND et ses collaborateurs, et de MONGES et GARCIN-NICOLAS, la hernie diaphragmatique observée au cours de la grossesse semble devenue chose commune. Qu'en conclure, sinon que le même terme couvre deux états de chose entièrement différents :

D'une part, les hernies responsables de pyrosis gravidique, qui sont des hernies acquises du hiatus œsophagien uniquement, apparaissant pendant la grossesse au cours de son dernier trimestre. Ces hernies semblent disparaître après l'accouchement. En effet, dans 7 cas de hernies hiatales dûment constatées au cours de la grossesse, RIGLER et ENEBOE ne peuvent retrouver celles-ci après l'accouchement. De même, MONGES et ses coll. ont constaté la disparition de la hernie hiatale diagnostiquée au cours de la grossesse dans les deux seuls cas où ils ont pu pratiquer des radiographies de contrôle après l'accouchement.

Ces hernies sont de petite taille; dans les cas cités par GARCIN-NICOLAS, dans sa Thèse, la taille de ces hernies varie du volume d'une amande à celui d'une mandarine.

Ces hernies peuvent être cliniquement muettes : c'est l'examen radiographique systématique de 195 femmes enceintes au cours du dernier trimestre de la grossesse, qui permit à RIGLER et ENEBOE de découvrir 5 % de primipares et 18 % de multipares porteuses de petites hernies du hiatus œsophagien. Ces auteurs n'ont pu trouver de signes cliniques en rapport avec l'existence de ces hernies. Mais elles peuvent être rendues responsables de certains pyrosis tardifs : MONGES et ses collaborateurs, examinant 43 femmes

enceintes, trouvent chez 15 de ces femmes une petite hernie hiatale.

D'autre part, nettement différentes de ces petites hernies exclusivement hiatales, acquises au cours de la grossesse, disparaissant avec elle, sont les hernies diaphragmatiques traumatiques ou congénitales pré-existant à la grossesse, de taille variable, mais très souvent volumineuses qui feront le sujet de notre étude.

HISTORIQUE

Alors que la connaissance de la hernie diaphragmatique en général remonte à la première description qu'en fit Ambroise PARÉ en 1564, c'est dans un article de PERCY, dans le Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et Chirurgiens, PANCKOUCKE, Editeur, Paris, 1814, que nous trouvons la première description de hernie diaphragmatique compliquant l'accouchement.

« Une jeune dame, au fort des douleurs de l'enfantement, et s'efforçant d'étouffer ses cris, voit, de son lit, tomber à la renverse son mari, qui dans la même chambre était assis sur une chaise devant le feu; elle pousse un cri plaintif, articule quelques mots d'une voix éteinte et expire aussitôt donnant le jour à un fils bien portant. L'inspection du cadavre montre le diaphragme déchiré obliquement et en franges, dans sa partie charnue du côté gauche et dans l'étendue de cinq pouces; l'estomac était déjà au 2/3 passé dans la poitrine, entraînant avec lui l'épiploon et une anse du colon. Il y avait un peu de sang épanché dans le bas-ventre et sur le diaphragme du côté où la crevasse existait. Je fus présent à l'ouverture du corps.

On voit ici plusieurs causes concourir à la rupture du diaphragme. Les efforts excessifs de l'accouchement, les contractions simultanées de tous les muscles de l'enceinte du bas ventre; l'état de tonicité du diaphragme; la gêne et la compression extrême des viscères abdominaux refoulés par l'utérus dans la voûte diaphragmatique et réagissant de toute part; un état violent d'inspiration; les poumons détendus par l'air inspiré et retenu; des douleurs aiguës que la crainte d'affliger un mari sensible rend muettes; tout à coup, une frayeur détermine la plus terrible secousse; et c'est sur le diaphragme, comme l'arc boutant est le point d'appui des efforts communs et du spasme général que se déploie la soudaine et fatale impression. »

Puis quelques observations sont de temps en temps publiées dans la littérature médicale à titre de curiosité

et le protocole d'autopsie est toujours la pièce maîtresse de l'observation.

En 1901, K. MULLER, dans sa Thèse inaugurale, en réunit 8 cas mortels et conclut qu'il s'agit d'une affection rare et gravissime.

C'est J. GRANZOW, qui en 1927, apporte, clichés radiographiques à l'appui, le premier cas de hernie diaphragmatique diagnostiquée chez la femme enceinte; et il énonce quelques principes prophylactiques et thérapeutiques de l'affection.

Depuis, d'autres cas ont été rapportés. Nous avons pu en dénombrer 29 depuis l'observation de PERCY, mais nous n'avons pu nous procurer les observations relatant sept d'entre eux (cas de HUSHLAM, SALA, LÉVY, SATHE, CZYŻEWICZ, WRIGHT, SALGADO) dont nous donnons cependant la référence dans la bibliographie.

GENERALITES

Nous nous proposons de rappeler succinctement l'anatomie et l'embryologie du diaphragme ainsi que les différents types de hernies diaphragmatiques qui peuvent se rencontrer.

Nous renvoyons, pour une étude approfondie, à la Thèse qu'a inspirée le Professeur SANTY à LAROYENNE en 1953.

ANATOMIE.

Le diaphragme est une cloison musculo-tendineuse en forme de voûte séparant le thorax de l'abdomen, comprenant un centre phrénique tendineux à la périphérie duquel s'insèrent les fibres charnues venues de quatre piliers s'insérant eux-mêmes à la face antérieure de la colonne vertébrale, et d'insertions costales profondes réalisant une ligne oblique ininterrompue allant des piliers diaphragmatiques en arrière jusqu'à la base de l'appendice xiphoïde en avant, séparée cependant des faisceaux xiphoïdiens par un petit espace, la fente de LARREY.

La voûte diaphragmatique forme deux coupoles droite et gauche vues à la radioscopie sous forme d'arcs régulièrement arrondis, formant un angle aigu avec les parois thoraciques.

Le diaphragme est percé de plusieurs orifices :

- le plus postérieur, déterminé par l'entrecroisement des piliers, non extensible, livre passage à l'aorte et au canal thoracique;
- l'orifice œsophagien, le plus souvent à gauche de

la ligne médiane, au niveau duquel on a décrit diverses formations unissant diaphragme et œsophage (petits muscles de ROUGET, membrane œsophago-phrénique, échanges de fibres) livre passage aux deux pneumogastriques en même temps qu'à l'œsophage);

- l'orifice de la veine cave inférieure, quadrilatère, en plein centre phrénique, à l'union de la foliole moyenne et de la foliole droite.

Les rapports du diaphragme se font :

en ce qui concerne sa convexité :

- *avec des organes thoraciques médians :*

la face postérieure du cœur, par l'intermédiaire du péricarde qui revêt la foliole antérieure du centre phrénique;

en avant du cœur, espace sterno-diaphragmatique, fente de LARREY;

en avant du péricarde, trois orifices : à droite, veine cave inférieure et nerf phrénico-abdominal;

à gauche, orifice œsophagien avec les deux pneumogastriques; sur la ligne médiane en arrière, aorte et canal thoracique.

Dans l'interstice des premiers piliers, grande azygos à droite, petite azygos à gauche;

- *les rapports thoraciques latéraux se font :*

avec la plèvre, sauf au niveau des culs-de-sac costo-diaphragmatiques,

avec les poumons, à travers la plèvre.

la concavité est en rapport :

- *avec le péritoine sous-diaphragmatique.*

Par place, il n'y a plus de péritoine, mais des ligaments résultant de la coalescence de séreuses embryonnaires :

ligaments suspenseur, coronaire et triangulaire à droite au niveau du foie,
ligament phréno-gastrique amarrant la grosse tubérosité,
ligament phréno-splénique pour la rate;

les piliers du diaphragme sont en rapport :

en arrière avec les corps vertébraux et les disques des quatre premières vertèbres lombaires, et avec la partie supérieure du psoas;

en avant avec les organes rétro-péritonéaux : pôle supérieur du rein et capsules surrénales.

EMBRYOLOGIE.

Le diaphragme dérive de trois ébauches qui sépareront la cavité unique du cœlome en cavités abdominale et thoracique.

Un bourgeon antérieur naît le premier; il croît à la face supérieure de l'ébauche hépatique. De la partie moyenne des gouttières latéro-vertébrales naît une membrane pleuro-péricardique, croissant d'arrière en avant, et allant se fusionner avec le septum transversum, isolant ainsi la cavité péricardique vers le troisième mois de vie intra-utérine, alors que plèvre et péritoine communiquent encore par les gouttières para-vertébrales ou canaux de BOCHDALECK. De chaque lame pleuro-péricardique naît un bourgeon secondaire qui donnera l'ébauche postérieure du diaphragme ou pilier de Uskov; celui-ci croît d'arrière en avant, fermant les canaux de BOCHDALECK et donnant au diaphragme sa morphologie définitive.

Les hernies congénitales résultent donc :

— de l'agénésie totale ou partielle d'un bourgeon primitif : telles sont les hernies par aplasie d'un hémidiaphragme ou les hernies du hiatus pleuro-péritonéal;

- elles peuvent résulter de la jonction imparfaite de divers bourgeons primitifs entre eux : ce sont les hernies orificielles : hernies de la fente de LARREY ou hernies du hiatus œsophagien.

LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES.

Elles revêtent deux grands types, les unes traumatiques, les autres congénitales, parmi lesquelles il est habituel de placer les hernies graduelles. Parmi les hernies congénitales, les unes hernies embryonnaires, survenues avant la formation des séreuses, sont dépourvues de sac herniaire, et il existe des adhérences entre organes herniés et thoraciques; les autres, sont des hernies fœtales, de formation postérieure au 4^e mois de vie intra-utérine.

Les hernies congénitales.

Les plus fréquentes sont :

Les hernies du hiatus œsophagien qui reconnaissent pour définition la protrusion dans le thorax d'organes sous-diaphragmatiques par un hiatus œsophagien plus ou moins agrandi. Elles revêtent une étiologie congénitale chez l'enfant, acquise chez l'adulte ou le vieillard. L'ouverture du hiatus œsophagien est plus ou moins grande, la hernie possède un sac herniaire; dans la majorité des cas, seul l'estomac est hernié dans une proportion variable (1/3 à 2/3 en général).

Cliniquement, ces hernies peuvent se présenter :

- sous une forme latente, révélation d'examen radiologique pulmonaire;
- la forme abdominale est assez fréquente, marquée par des troubles dysphagiques variés, des douleurs du creux épigastrique, irradiées ou non dans le dos. Ces troubles sont en rapport avec l'ingestion alimentaire, surviennent de façon précoce, sont accrus par le décubitus, peu soulagés par les alcalins;
- dans les formes thoraciques, il y a coïncidence entre les

phénomènes observés et l'ingestion alimentaire. Les troubles sont à type de douleur rétro-sternale ou de crises de dyspnée;

- les formes hémorragiques se présentent soit à l'état pur avec melaena et hématomèses, soit associées à des troubles digestifs, soit sous forme larvée traduite uniquement par des Weber positifs en série dans les selles, coexistant avec une anémie hypochrome microcytaire, soit sous forme cardiaque : cœur anémique.

Les hernies hiatales peuvent être compliquées par des phénomènes mécaniques, tels que l'étranglement ou le volvulus intra-thoracique ou par des complications d'ordre général, liées à la baisse progressive de l'état général consécutive à la sous-alimentation imposée par la dysphagie. Les complications vasculaires peuvent se manifester, soit sous forme de thromboses veineuses multiples, soit sous forme d'embolies post-opératoires.

Le diagnostic sera affirmé par la radiologie : la radioscopie du sujet debout peut montrer une image hydroaérique sus-diaphragmatique, souvent mieux objectivée encore par la position du sujet en O. A. G. et l'ingestion de bouillie barytée. En cas de hernie de petite taille, des clichés radiographiques pris en procubitus et léger Trendelenburg après repas baryté seront souvent nécessaires. Il peut être utile de pratiquer un lavement baryté, en cas de participation colique.

Le traitement sera fonction de l'importance de la hernie, des troubles fonctionnels qu'elle entraîne et de l'état du malade. Il est certain que chez un sujet jeune à hernie volumineuse, le traitement doit être chirurgical.

Les hernies de la fente de Larrey : on les définit comme étant le passage de viscères abdominaux dans la cavité thoracique par la fente de LARREY. Elles sont causées par une aplasie partielle du diaphragme antérieur ou par l'élargissement de la fente existant nor-

malement entre faisceaux costaux et xiphoïdiens. Elles sont le plus souvent de siège droit, elles sont assez vastes, elles ont un sac herniaire. Leur contenu viscéral est variable. Elles peuvent se présenter sous une forme latente comportant uniquement des signes radiologiques, sous une forme thoracique avec palpitations et angoisse, sous une forme abdominale douloureuse, ou sous une forme thoraco-abdominale dans laquelle les signes digestifs et respiratoires sont associés.

Le diagnostic se fait sur la radiographie après ingestion barytée; parfois seul le pneumo-péritoine permet le diagnostic en cas d'épiplocèle pur.

Le traitement de ces hernies est chirurgical.

Les hernies du hiatus pleuro-péritonéal sont des hernies embryonnaires causées par l'agénésie d'un pilier de Uskov. Elles siègent le plus souvent à gauche et sont souvent associées à d'autres malformations. Elles sont rares chez l'adulte car elles causent 75 % de mortalité chez l'enfant. Elles donnent très souvent des troubles respiratoires ou cardiaques, car leur contenu est souvent très volumineux. Leur traitement est exclusivement chirurgical.

Les hernies par aplasie d'un hémi-diaphragme, causées par l'agénésie du bourgeon dorsal du diaphragme sont souvent une cause de mort chez le nouveau-né. Elles sont rarissimes chez l'adulte.

Les hernies traumatiques.

On appelle hernie diaphragmatique traumatique toute pénétration de viscères abdominaux dans la cavité thoracique par un orifice diaphragmatique ayant pour origine une plaie de ce muscle.

Ces hernies trouvent leur origine soit dans une rupture du diaphragme, à la suite d'un traumatisme thoraco-abdominal ou pelvien fermé, ou au cours d'un effort

violent; elles peuvent trouver leur origine dans une plaie directe, ou encore dans une nécrose du diaphragme consécutive à un abcès sous-diaphragmatique ou une pleurésie purulente. Le contenu de ces hernies est généralement volumineux.

Les troubles cliniques peuvent survenir rapidement après l'accident, ou au contraire se manifester plusieurs années après le traumatisme.

Les complications peuvent être d'ordre bénin, tels certains accidents de torsion transitoire avec douleurs thoraco-abdominales et vomissements, ou au contraire s'avérer graves dans les cas d'étranglement du grêle ou de volvulus gastrique. HELDBLOM, sur 178 cas de hernies diaphragmatiques traumatiques, rapporte un pourcentage de 67,4 % d'étranglements, alors que HUGUES et KEY, sur 28 cas, rapportent 18,1 % de hernies étranglées. Etant donnés ces risques, le traitement sera donc chirurgical dès que le diagnostic sera établi; celui-ci se fera dans tous les cas par les données de l'anamnèse et par les radiographies après opacification du tube digestif.

OBSERVATIONS

Nous avons classé les observations que nous avons recueillies dans l'ordre où elles ont été publiées.

L'observation n° 1, est celle de PERCY, que nous avons citée intégralement dans nos données historiques.

OBSERVATION N° 2 (EDWARDS, 1846, in Thèse de MULLER, K.).

Femme obèse de 23 ans en bonne santé habituelle qui présente pendant une grossesse un accès de dyspnée intense accompagnée de douleurs violentes dans la région du cœur.

Un traitement par les antispasmodiques amène la sédation des troubles. La malade présente un accès semblable en fin de grossesse et meurt au cours de celui-ci.

L'autopsie montre le passage, sans signe d'incarcération, du colon transverse, de l'estomac et du grand épiploon par une hernie de Bochdaleck.

OBSERVATION N° 3 (COPEMANN, 1855, in Thèse de MULLER, K.).

Femme de 38 ans, multipare, qui a présenté une hernie ombilicale à la suite d'une précédente grossesse. Au cours d'une nouvelle grossesse, à un moment qui n'est pas précisé, elle se plaint de douleurs dans le bras et l'épaule gauches s'irradiant jusqu'à la région épigastrique, de vomissements alimentaires, d'arrêt des matières. L'examen physique ne montre pas de signes d'occlusion intestinale. La malade meurt au cours d'un épisode de dyspnée intense accompagnée d'une douleur violente dans l'hémi-thorax gauche.

L'autopsie montre une incarceration d'une grande partie de l'estomac et du grand épiploon par une ouverture située en avant du hiatus œsophagien et latéralement à celui-ci.

OBSERVATION N° 4 (in the Lancet, 1876, citée par MULLER).

Femme de 37 ans, blessée au thorax par une fourche dans sa

17^e année. Elle n'a présenté aucun signe particulier dans l'intervalle. A la fin d'une grossesse, la malade se plaint d'une violente douleur dans le côté gauche, de constipation et d'une dyspnée importante. Elle meurt pendant l'accouchement.

L'autopsie montre un orifice arrondi dans l'hémi-diaphragme gauche par où l'estomac, le duodénum et le colon transverse avaient migré dans la cavité thoracique.

OBSERVATION N° 5 (LEGRY, 1895).

Femme de 37 ans, secondigeste. Pas d'antécédents pathologiques; un enfant vivant. Seconde grossesse normale au début. Au 8^e mois, elle se met à présenter des vomissements alimentaires, de grandes douleurs de l'hypocondre gauche avec, pendant quelques jours, arrêt des matières. Les purgatifs et lavements s'avèrent inefficaces. Le travail se déenche, aboutit à l'expulsion d'un enfant vivant. Le lendemain, aggravation des signes généraux et des vomissements. Mort dans le collapsus cardiaque.

L'autopsie montre une hernie par le hiatus œsophagien avec incarceration d'une partie du grand épiploon et d'une anse colique.

OBSERVATION N° 6 (MULLER, K., 1898).

Femme de 32 ans, primigeste. Au 6^e mois de sa grossesse, elle présente un accès de dyspnée survenu au cours d'un effort, accès de dyspnée accompagné de points douloureux abdominaux.

Au 7^e mois, de nouveau surviennent des douleurs violentes dans l'abdomen, avec accès convulsifs. On parle d'éclampsie; on fait transporter la malade dans une clinique. En montant les escaliers, elle ressent une dyspnée intense avec cyanose et meurt. Les tentatives de réanimation sont vaines. Pas d'extraction de l'enfant (7^e mois, B. C. : —).

L'autopsie montre une déhiscence de l'hémi-diaphragme gauche de la taille d'une paume de main, livrant passage dans la cavité pleurale à l'estomac, une anse du gros intestin, l'épiploon et la pointe de la rate.

OBSERVATION N° 7 (KEIM, ROSENTHAL et HUGUIER, 1898).

Femme de 22 ans, primigeste, sans antécédents particuliers en dehors de vomissements alimentaires, à l'âge de 14 ans.

Au 4^e mois de sa grossesse, surviennent des nausées, de la douleur de l'hypocondre gauche, des vomissements verdâtres. On porte le diagnostic de pneumothorax généralisé, d'après les signes

physiques constatés à l'examen. Il y a arrêt des matières et des gaz, des vomissements noirâtres et la mort survient.

L'autopsie montre une hernie à gauche de l'orifice œsophagien, avec présence dans la cavité thoracique d'une partie de l'estomac et du duodénum, très dilatés, et du reste du grêle.

OBSERVATION N° 8 (GUÉRIN-VALMALE, 1909).

Primigeste de 22 ans, qui avait reçu 18 mois auparavant une balle de revolver dans la poitrine. Jusqu'au 8^e mois, la grossesse est très bien supportée mais au 8^e mois, à la suite d'une émotion, apparaissent des vomissements, des céphalées, et des douleurs épigastriques avec présence de sang dans les matières. A ce moment, pouls et température sont normaux, mais on relève des traces d'albumine dans les urines; il existe de la dyspnée. Au 3^e jour, le pouls s'accélère, les vomissements deviennent noirâtres, les douleurs épigastriques augmentent d'intensité, la dyspnée s'accroît. L'état général n'est pas altéré. Le lendemain, malaise brutal et mort.

L'autopsie montre l'orifice dans l'hémi-diaphragme gauche qui a livré passage à l'estomac, très dilaté et perforé, aux colons transverse et descendant, et à l'épiploon.

OBSERVATION N° 9 (RINGROSE, 1910).

Une primigeste de 26 ans, sans antécédents pathologiques notables et bien portante les six premiers mois de sa grossesse, ressent brusquement au 7^e mois une douleur atroce abdominale et dorsale gauche accompagnée de vomissements. Le lendemain, le rythme respiratoire est à 44, le pouls à 144, la température normale. Le choc de pointe du cœur est perçu dans le cinquième espace intercostal gauche en dedans de la ligne mamelonnaire. On note, au niveau du poumon gauche, une matité franche remontant jusqu'à la deuxième côte avec tympanisme sus-jacent. Le murmure respiratoire est diminué. Il n'y a pas de bruits surajoutés. Au point de vue abdominal, on note une douleur siégeant sous le rebord costal. Il n'y a arrêt ni des matières, ni des gaz. L'utérus est celui d'une grossesse de 7 mois.

Le lendemain, les douleurs s'atténuent, mais la malade se plaint d'éruptions fréquentes. L'hémithorax droit est mat et le murmure vésiculaire aboli à gauche. Le choc de pointe est perçu à droite du sternum.

On décide de pratiquer une thoracentèse mais, à ce moment, l'accouchement se produit sans douleurs et par surprise, suivi de près par la délivrance.

On surseoit à la thoracentèse car la malade est soulagée.

Le lendemain, le pouls est rapide, le choc de pointe du cœur se trouve dans le cinquième espace à gauche du sternum. La malade est sub-fébrile et sub-ictérique. Ses selles sont décolorées; le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes. Les éructations persistent.

Le jour suivant, le choc de pointe est à nouveau perçu à droite du sternum.

On pratique une thoracentèse qui ramène un liquide noir, mais que l'on arrête car la patiente se cyanose et son pouls faiblit. Elle ressent de vives douleurs à gauche, a des vomissements noirâtres, et meurt.

L'autopsie montre une hernie congénitale gauche de la taille d'une paume de main, sans sac, contenant l'estomac qui a tourné sur son axe, le grand épiploon, et une partie du grêle.

OBSERVATION N° 10 (MULLER O..., 1913).

Femme de 24 ans, primigeste; au 6^e mois de sa grossesse par ailleurs normale, apparition de signes d'iléus. Le diagnostic fait est celui d'iléus par coudure intestinale causée par l'utérus gravide. A la laparotomie, on trouve l'appendice augmenté de volume et 100 cc. de liquide trouble dans le péritoine. Le diagnostic de péritonite appendiculaire est porté. Exitus.

L'autopsie montre une hernie diaphragmatique du foramen de Boschdaleck avec hernie du gros intestin incarcerated.

OBSERVATION N° 11 (GRANZOW, 1927).

Primipare de 28 ans, qui, renversée par une automobile dix ans auparavant fut hospitalisée à cette époque pour fracture de colonne.

Au cours de la grossesse, anorexie et état nauséux progressif. La malade est vue au début du travail, alors que la poche des eaux est rompue. B. C. +. Pas de cyanose. Mais au cours de l'examen général, on découvre le choc de pointe et la matité cardiaque à droite. Au point de vue pulmonaire, alors que le poumon droit semble normal, au niveau du poumon gauche, on note : tympanisme, abolition du murmure respiratoire. De plus, on perçoit des bruits intestinaux dans le creux sus-claviculaire. Deux clichés thoraciques pratiqués 7 et 3 heures avant l'accouchement montrent le cœur latéro-pulsé à droite et un niveau gastrique haut. Le second cliché montre une progression dans le déplacement du cœur vers la droite.

Le diagnostic est celui de hernie diaphragmatique. A dilata-

tion complète, anesthésie au chloroforme : la femme se cyanose rapidement. Les bruits cardiaques fœtaux sont à 95. Un forceps haut retire rapidement un enfant de 2.770 grammes, vivant et cyanosé. La cyanose de la mère se dissipe rapidement. A son réveil, le pouls reste rapide; la malade éprouve quelques moments après une douleur violente, elle vomit plusieurs fois, puis elle se cyanose et meurt.

L'autopsie montre un gros orifice dans l'hémi-diaphragme gauche où ont passé estomac, épiploon, rate et un peu du colon transverse.

OBSERVATION N° 12 (FISHBASCH, 1928).

Femme de 26 ans, primipare, qui, 18 jours après une grossesse et un accouchement normaux, ressent une douleur en coup de poignard dans la région lombaire de façon bilatérale. Elle présente des nausées et des vomissements. L'examen général ne montre rien d'anormal. Douleurs et vomissements persistent pendant 3 jours. La malade meurt subitement.

L'autopsie montre une ouverture de 11 cm. dans l'hémi-diaphragme gauche. Tous les viscères gastro-abdominaux, à l'exception du sigmoïde, sont dans la cavité thoracique. L'estomac est très dilaté. Il y a infiltration hématique des viscères intestinaux.

OBSERVATION N° 13 (SCHWARTZ, 1928).

Femme qui, en 1914, a reçu à bout portant une balle de revolver dans la poitrine. Il n'y a pas d'incidents signalés jusqu'à une première grossesse survenant 3 ans après. Au 5^e mois de cette gestation, elle présente des vomissements se produisant par crises l'obligeant à s'aliter deux ou trois jours de suite. On parle de crises d'appendicite. Puis, à la suite d'un effort où elle est demeurée longtemps courbée en avant, la malade présente une crise de vomissements plus pénibles que les précédents et incessants. Elle souffre beaucoup. Il y a arrêt du transit intestinal pendant 8 jours. On diagnostique un début de péritonite et on parle d'évacuer l'utérus. Le jour même, se produit l'accouchement; l'enfant est vivant, il pèse 1.870 grammes. Les troubles disparaissent aussitôt.

Ils réapparaissent au cours d'une deuxième grossesse au début de laquelle la malade est opérée de l'appendicite. Au 5^e mois, surviennent des crises de vomissements accompagnées de douleur à gauche. On pense à des coliques néphrétiques. La malade va jusqu'à terme, très gênée par sa grossesse, dormant demi-assise. Elle accouche normalement d'un enfant de 4.200 gr. et se sent à nouveau bien, jusqu'à une troisième grossesse.

Au troisième mois de la nouvelle gestation, la malade fait une crise de vomissements, précédée de douleurs abdominales, et accompagnée d'une sensation d'étouffement. Elle présente alors successivement plusieurs crises aussi violentes, dont une très impressionnante au 7^e mois. Elle « crache » du sang le matin. On pense à une tuberculose pulmonaire et on hospitalise le malade, qui voit son état amélioré par le repos. Elle accouche à terme, semble-t-il, d'un enfant de 2.700 gr. Une radiographie pulmonaire pratiquée peu après montre une hernie diaphragmatique.

C'est alors qu'enceinte pour la quatrième fois, elle consulte SCHWARTZ. De nombreuses radiographies permettent d'affirmer la hernie diaphragmatique. L'intervention est pratiquée par voie thoraco-abdominale. L'orifice herniaire situé dans l'hémi-diaphragme gauche a la dimension d'une pièce de 5 fr. La hernie contient la fin de l'iléon, le cæcum, le colon ascendant, le colon transverse. Le diaphragme est suturé.

Au 13^e jour suivant l'intervention, la malade se lève; la grossesse se poursuit. Mais SCHWARTZ a l'intention d'interrompre la grossesse, pour ne pas surcharger précocément la cicatrice diaphragmatique.

(La malade ayant été opérée le 28-2-1928, et l'observation communiquée le 21-3-28, les renseignements ultérieurs manquent).

OBSERVATION N° 14 (DIDDLE et TIDRICK, 1941).

Femme de 23 ans, quadrigeste. Les trois premières grossesses normales furent suivies d'accouchements sans incidents. Les enfants pesaient de 6 à 7 livres. Le travail durait de 2 à 3 heures.

Le diagnostic de hernie diaphragmatique a été porté deux ans avant la dernière grossesse, après une tentative infructueuse d'appendicectomie.

La malade entre à terme dans le Service d'accouchement. L'examen montre des constatations normales, en dehors d'une diminution de l'expansion thoracique à gauche, d'une matité de la moitié inférieure gauche du thorax, ainsi que l'abolition du murmure vésiculaire dans cette région; le choc de pointe du cœur est à droite de la ligne médio-claviculaire droite. Ce dernier fait avait été constaté depuis quelques années déjà.

L'utérus est de volume normal, la présentation engagée, les bruits cardiaques fœtaux positifs, les mesures pelviennes satisfaisantes. Le toucher vaginal montre un col fermé, partiellement effacé. Devant l'évolution favorable des accouchements précédents, il n'est pas décidé d'intervenir.

Le travail se déclenche; la malade mentionne en même temps que l'apparition du travail celle d'une douleur épigastrique modérée. Les contractions se poursuivent régulièrement pendant

12 heures. A ce moment, apparaissent un peu de dyspnée et de pâleur, puis il y a installation de cyanose qui augmente peu à peu. La douleur épigastrique augmente elle aussi d'intensité. Un examen radioscopique avec ingestion de bouillie barytée, montre l'image cardiaque à droite et la présence d'une partie de l'estomac dans la cavité thoracique gauche. La percussion montre alors du tympanisme de l'hémi-thorax gauche. On installe une aspiration continue par tube gastrique et on administre de l'oxygène à la malade. Elle meurt 16 heures après le début du travail. Les bruits cardiaques fœtaux sont négatifs depuis 20 minutes. On pratique cependant une rupture des membranes, une incision du col (dilaté à 7 cm.) et une application de forceps sur un enfant en O.I.G.A. ramène une fille mort-née de 3.960 grammes.

L'autopsie montre l'hémi-diaphragme gauche dont la concavité est inversée percé d'un orifice anormal dans sa partie postéro-latérale. Il y a étranglement de l'estomac hernié et du jéjunum avec hémorragies extensives de la paroi gastrique.

OBSERVATION N° 15 (DELEE et GILSON, 1941).

Femme de 20 ans, secondipare, dont la première grossesse a été normale. La seconde grossesse est marquée par une augmentation de poids excessive (14 kg. 250) et par l'existence d'une albuminurie. Après un travail de 13 h. 20, la patiente met au monde une fille de 4.500 gr. Rien à signaler en dehors d'une déchirure médiane du second degré.

Aussitôt après la délivrance, la malade se plaint d'une douleur abdominale localisée uniquement à gauche. La malade est revue 17 heures plus tard : la douleur a persisté, mais l'examen reste entièrement négatif et l'état général demeure satisfaisant. Lorsque la malade est revue 16 heures plus tard, elle se plaint d'une douleur abdominale haute très violente, elle vomit plusieurs fois et elle est constipée. L'examen est encore entièrement négatif. C'est 50 heures après la délivrance qu'on est conduit au diagnostic d'occlusion intestinale causée par une hernie diaphragmatique étranglée. Le pouls est alors à 100, la température à 37°. L'examen abdominal montre à gauche une distension modérée. L'examen pulmonaire met en évidence une diminution des mouvements du diaphragme et une diminution des bruits respiratoires à gauche. Des borborygmes typiquement intestinaux sont entendus dans le creux axillaire gauche. Les vomissements ont cessé, mais l'arrêt des matières persiste.

Le traitement institué est exclusivement médical : réhydratation par voie parentérale, morphine et atropine pour calmer les vomissements et la douleur réapparus à la reprise de la voie orale pour la réhydratation. La malade quitte le Service guérie, acceptant le principe de l'intervention dans l'avenir.

OBSERVATION N° 16 (RHENTER J., 1942).

*Comptes rendus des Travaux des Sociétés d'Obstétrique
et Gynécologie de Lyon et de Marseille.*

« Il s'agissait d'une malade de 34 ans chez laquelle le diagnostic fut porté à l'âge de 11 ans et qui ne présentait qu'un minimum de troubles fonctionnels, oppression intermittente, sensation de barre thoracique et quelques signes de névrose cardiaque. Il y a 5 ans à Paris, M. VIGNES pratiquait l'interruption d'une première gestation à trois mois révolus, la radiographie ayant alors montré une hernie diaphragmatique droite à large orifice.

Les jours derniers, une radiographie pratiquée par M. GIRAUD montre en effet l'existence d'une large déchiscence diaphragmatique à droite de la ligne médiane, avec passage dans le médiastin des 3/4 environ de l'estomac.

Après avis de MM. SAVY et WERTHEIMER, je décidai d'interrompre la gestation arrivée environ au milieu du 3^e mois et pratiquai, sans incident, un avortement thérapeutique aux bougies et à la curette après avoir placé la veille une tige de laminaire.

L'indication m'a parue formelle du fait des accidents que logiquement devaient produire le développement de l'utérus, et le refoulement intra-thoracique vraisemblablement consécutif, des viscères abdominaux.

Discussion :

M. POLLOSSON : Le gros danger n'est pas la compression médiastinale, mais l'étranglement. Il y a alors une indication nette d'interruption. Dans ce cas particulier, il s'agit d'une hernie médiastinale de l'estomac et non d'une hernie diaphragmatique.

M. COTTE : Il y a une grosse différence à faire entre les hernies diaphragmatiques du côté gauche et du côté droit. La question n'est pas simple, et on ne doit pas dire hernie diaphragmatique = avortement.

M. RHENTER : L'augmentation du volume utérin amène certainement de plus grandes chances d'étranglement. »

OBSERVATION N° 17 (THOMPSON et LEBLANC, 1945).

Femme de 31 ans, secondigeste. La première grossesse normale, se termina par l'accouchement normal d'un enfant de poids normal.

Pour son second accouchement, la malade entre à l'hôpital en plein travail, et met au monde 1 heure 30 après son admission une fille de poids normal. Elle est en bonne condition après la déli-

vance, 5 heures après, la patiente commence à se plaindre d'une douleur violente dans la région épigastrique; elle est très agitée, a des nausées, et vomit plusieurs fois. Le pouls est à 140, la respiration accélérée et pénible avec apparition de cyanose. Son état semble très grave. On administre des sédatifs, on lui donne de l'oxygène et l'on installe une aspiration gastrique.

L'examen pulmonaire montre à gauche une matité à la percussion avec obscurité respiratoire. A droite, les bruits respiratoires sont normaux, mais les bruits du cœur ont leur maximum à droite du sternum, ainsi que la matité cardiaque. L'examen abdominal montre un peu de distension et de sensibilité généralisées et une masse dans l'hypocondre gauche.

Les radiographies mettent en évidence une augmentation de densité de l'hémi-thorax droit, une déviation du cœur et du médiastin à droite, une irrégularité notable de la coupole gauche du diaphragme, et la présence de l'estomac dans l'hémi-thorax gauche, facilement repérable grâce au tube d'aspiration et à l'air.

Devant l'aggravation progressive des symptômes, l'intervention chirurgicale immédiate est décidée. Elle est effectuée par voie abdominale sous anesthésie intra-trachéale au cyclo-propane. On découvre une hernie congénitale à travers laquelle tous les viscères creux de l'abdomen avaient migré dans le thorax. Les mésentères étaient allongés et avaient subi une rotation complète. Les viscères sont aisément replacés dans la cavité abdominale; la brèche diaphragmatique est suturée. Les suites opératoires sont normales. La malade sort le 13^e jour après l'intervention. Les examens radiologiques pratiqués par la suite montrent la réexpansion progressive du poumon gauche.

OBSERVATION N° 18 (YENEN, 1946).

Femme de 17 ans, primigeste, qui au 6^e mois de sa grossesse, sans aucun prodrome, est saisie d'une douleur aiguë dans le thorax et de dyspnée. Elle est d'abord traitée comme une pleurétique, puis elle a des nausées et des vomissements, et elle passe dans un Service d'Obstétrique avec le diagnostic de vomissements de la grossesse. L'examen montre une matité et une obscurité respiratoire de l'hémi-thorax gauche. Le choc de pointe du cœur est situé sous le sein droit. On tente trois thoracentèses sans résultat. La malade est déshydratée. Quelques heures après son arrivée, elle expulse un fœtus de 880 gr. Le pouls devient filant, la dyspnée et la cyanose augmentent. La malade meurt peu après.

L'autopsie montre une hernie de la partie gauche du diaphragme, de 5 cm. de diamètre, avec présence dans la cavité thoracique de l'estomac et de tout le grêle.

OBSERVATION N° 19 (PEARSON et PILLSBURY, 1950).

Femme de 31 ans, primigeste. Ses antécédents sont banaux : elle a toujours été très active et a toujours fait beaucoup de sport. Elle met au monde une fille vivante 8 heures après son entrée à l'hôpital et se sent bien après la délivrance. Mais 7 heures après cette délivrance, elle se plaint d'une douleur intermittente à type de crampe dans la région épigastrique et la partie postérieure gauche du thorax. 4 heures après, la malade vomit, et la douleur augmente de violence. L'examen montre alors de la matité de la base gauche et une diminution du murmure respiratoire du même côté. Le pouls et la température sont normaux. On pratique plusieurs radiographies, toutes très évocatrices d'une hernie diaphragmatique gauche. L'intervention immédiate est décidée. Elle se fait par voie abdominale. Seuls le colon descendant et la rate sont trouvés dans la cavité péritonéale, le reste des viscères gastro-intestinaux est passé dans la cavité pleurale. L'estomac avait tourné de telle sorte que pylore et cardia sont obstrués. Il s'agit d'une hernie du hiatus pleuro-péritonéal. Il n'existe pas de sac. La hernie est bien du type congénital. Les suites opératoires sont bonnes : la malade sort le 9^e jour après l'intervention.

OBSERVATION N° 20 (BAZAREWSKI, 1952).

Femme de 33 ans ayant une hernie diaphragmatique traumatique et ayant subi une tentative de réparation chirurgicale de sa hernie qui a cependant récidivé.

Lors de l'accouchement, la patiente ressent au moment de l'expulsion un malaise considérable. On lui administre de la coramine intra-veineuse. L'enfant sort peu de temps après la rupture spontanée des membranes. Il est vivant, à terme et pèse 3.000 gr.

OBSERVATION N° 21 (OSBORNE et FOSTER, 1953).

Femme de 25 ans, quinquigeste. Les quatre premières grossesses furent sans incidents, de même que les accouchements qui les terminèrent. Depuis le dernier accouchement, la malade a subi une fracture du bassin et une fracture de côtes dans un accident d'automobile.

Le début de sa cinquième grossesse est normal. Au 4^e mois, elle se plaint de maux de tête et de vomissements, et entre à l'hôpital en Mai 52. L'examen général, tant radiologique que clinique, ne montre que des constatations normales en dehors d'un peu de déshydratation et d'une douleur médiane à la partie haute de

l'abdomen. La patiente est soulagée par l'administration de phéno-barbital et de sérum intraveineux. Puis elle présente un épisode fébrile avec douleur dans les angles costo-lombaires et présence de pus dans les urines. On porte le diagnostic de pyélonéphrite et on met la malade à un traitement antibiotique. La défervescence est lente à se produire. De nouveau surviennent nausées et vomissements. On change le malade de Service. Elle est alors maigre — elle a perdu 6 kg. depuis le début de l'affection — anémiée, (3.750.000 globules rouges) déshydratée; on trouve du pus dans ses urines. Les vomissements et la douleur dans les angles costo-lombaires persistent. La culture des urines montre la présence d'E. Coli. On donne de la terramycine à la malade; des sédatifs et la diète viennent à bout des vomissements. Une radiographie pulmonaire faite à ce moment montre un niveau liquide intra-thoracique gauche. Les radiographies après repas baryté montrent que l'estomac et peut-être le colon sont herniés dans la cavité thoracique gauche. Le traitement chirurgical de la hernie diaphragmatique est envisagé.

A ce moment, se situe un faux travail qui fait néanmoins transporter la patiente dans un Service d'Obstétrique. Il est alors décidé de garder la malade sous surveillance jusqu'à obtention d'un enfant viable, car elle en est au 5^e mois de sa grossesse. Le traitement consiste en six petits repas agréables et riches en calories, en une mise au repos absolu, le buste surélevé dans son lit pour dormir. De la belladone est donnée contre les vomissements, et on fait de petites transfusions pour maintenir le taux d'hémoglobine à un niveau normal. Après 9 semaines de ce traitement, la malade a repris 3.000 gr. et un bilan radiologique montre que les viscères herniés ont réintégré la cavité abdominale.

La malade va bien jusqu'au 6^e mois de sa grossesse. A ce moment, elle présente une crise sévère de vomissements. La radiographie montre les viscères emplissant les 3/4 de l'hémi-thorax gauche. On donne des sédatifs, et on installe une aspiration continue qui ramène 4.500 cc. de liquide en 24 heures. La malade peut alors recommencer à s'alimenter.

Une semaine plus tard, elle fait de nouveau une crise semblable, mais refuse de se laisser passer le tube de Levin. Son état est critique. Les chirurgiens pensent qu'il ne s'agit pas d'une occlusion. Aucune amélioration ne survient dans les 24 heures suivantes. On décide de provoquer un accouchement prématuré. La malade meurt alors qu'on la transporte dans la salle de travail.

L'autopsie montre la plus grande partie de l'estomac et la moitié du colon transverse herniés à travers une brèche de la coupole gauche du diaphragme. Il y a également dilatation et rupture de l'estomac dans la cavité pleurale gauche, et présence d'une pyélonéphrite bilatérale légère.

OBSERVATION N° 22 (DOLFF, C., 1954).

Une primigeste en parfaite santé jusqu'au 9^e mois de sa grossesse, présente subitement de la diarrhée, des vomissements, et de fortes douleurs dans le côté droit qui ne peuvent être localisées plus exactement. Le médecin consulté trouve à l'examen radiologique du poumon une hyper-clarté à type de bulle presque de la grosseur d'une tête d'homme au-dessus de la coupole diaphragmatique droite, et soupçonne une hernie diaphragmatique.

La malade est mise en observation et c'est à ce moment que se développe un tableau d'iléus. L'examen fait à l'entrée montre une malade en mauvais état, asthénique, aux téguments décolorés, aux conjonctives sub-ictériques. Le pouls oscille entre 130 et 160; la température est à 38,2. La radiographie montre l'image bulleuse signalée. On ne peut reconnaître aucune anse intestinale dilatée. L'examen abdominal ne montre rien en dehors d'une grossesse au 9^e mois en présentation du sommet. L'examen pulmonaire met en évidence à gauche des bruits pulmonaires normaux; à droite, en arrière et en bas, il existe un tympanisme de la largeur d'une main; ailleurs, la matité et les vibrations sont augmentées.

Devant le mauvais état général de la malade, on ne procède pas à des investigations radiologiques plus poussées, et l'on installe une perfusion intra-veineuse avec une médication cardio-vasculaire.

La malade se rétablit rapidement. Son pouls diminue de fréquence et elle émet une quantité minime de selles à la suite d'un lavement. On peut alors poursuivre l'examen radiologique. Un lavement baryté montre que le colon transverse qui s'était bien rempli jusqu'à sa moitié, s'interrompt brusquement devant l'image claire bulleuse thoracique. Le diagnostic de hernie diaphragmatique incarcérée du côté droit est donc certain.

La thérapeutique appliquée consiste en une césarienne sous anesthésie intra-trachéale, et, enchaînant immédiatement, un autre opérateur pratique la cure de la hernie. L'orifice herniaire, situé très en arrière dans la coupole diaphragmatique droite, doit être agrandi pour que le colon très dilaté, mais non lésé, puisse réintégrer la cavité abdominale. L'épiploon, nécrosé, doit être reséqué.

Les suites opératoires sont troublées par un accident cardiaque aigu, au 6^e jour. La malade sort en bonne santé avec son enfant, 7 semaines après l'opération.

N° 23 : *Observation personnelle.*

M^{lle} P..., est vue dans sa 19^e année par le Pr. SANTY, pour troubles digestifs remontant à huit mois. Ces troubles digestifs sont variés : il s'agit de gastralgies, de sensations de ballonnements gastriques pendant les repas avec parfois impossibilité de continuer à manger. Elle se plaint également de douleurs dans l'hémi-thorax droit.

En pratiquant une radioscopie de ses poumons, son médecin traitant a découvert un niveau intra-thoracique droit. Les radiographies faites montrent une hernie droite du hiatus œsophagien avec inversion gastrique et présence de la grosse tubérosité dans l'hémi-thorax droit. L'examen des selles montre la présence constante de sang.

L'intervention a lieu un mois plus tard, pratiquée par le Pr SANTY, le 4-11-1948. Elle est faite par voie thoracique droite. La hernie est volumineuse, de la taille d'un gros pamplemousse. Le sac herniaire est disséqué, la grosse tubérosité est facilement refoulable. La brèche diaphragmatique est très vaste, immédiatement au contact de la veine cave inférieure. La partie postérieure du centre phrénique sans insertion postérieure est repliée, accolée au péricarde. On la décolle, et à l'aide de trois points de grosse soie, passée dans le ligament prévertébral à droite de l'aorte, on réinsère le centre phrénique à la colonne. Reconstitution de hiatus. Suites opératoires bonnes.

Le résultat anatomique et fonctionnel immédiat est excellent.

La malade est vue le 16-5-1953, par le Docteur DUMONT, alors qu'elle est enceinte.

L'accouchement est prévu pour le 20-10-1953.

Au quatrième mois, sa grossesse s'avère normale :

- elle n'a pas d'albumine;
- sa T. A. est à 12. L'examen cardiaque ne montre rien de particulier;
- on doit signaler des varices très marquées.

Le 7-7-53, la grossesse est toujours normale, la malade n'a pas de pyrosis, elle présente un peu d'œdème des chevilles le soir.

Le 19-9-53, l'examen montre un utérus haut de 27 cm., une présentation du sommet engagée. Le segment inférieur est mince; le col est effacé. Le bassin est normal. Il n'existe pas de troubles digestifs. On élimine la césarienne. Il est décidé de laisser l'accouchement se faire par voie basse avec forceps à dilatation complète, pour éviter les efforts expulsifs.

Le 24-10, le Dr. DUMONT est appelé d'urgence à domicile : la malade a ressenti une vive douleur thoracique gauche; elle est

très dyspnéique et angoissée. La T. A. est à 12/8. Il est pensé à ce moment à une récurrence de la hernie diaphragmatique. Le malade cède assez rapidement à l'inhalation d'oxygène et à l'injection de tonicardiaques.

Le 29-10, accouchement :

- la dilatation dure 12 heures;
- à dilatation complète : forceps; l'enfant est vivant et pèse 3.900 grammes.

Le 18-12-1953, la malade est revue : elle est en bon état et allaite son enfant.

Cependant, elle se plaint d'essoufflement d'effort et même d'essoufflement nocturne. Elle souffre du côté gauche. On refait des radiographies de l'estomac, en Janvier 1954 et l'on se rend compte que la hernie a récidivé.

Le 13-8-1954, la malade fait une crise cardiaque violente avec état de collapsus et T.A. à 5. Elle est montrée au Dr CAHEN qui est frappé par l'existence d'un souffle systolique et d'un souffle diastolique para-sternal gauche. On fait un électro-cardiogramme qui est normal; il ne montre pas d'hypertrophie droite, mais on ne lui a pas fait de dérivation précordiale droite. On prescrit de la digitaline et de l'oubaïne.

La malade est alors vue en consultation au Pavillon O par le Dr. BRET, qui a bien voulu nous confier son observation du 1-9-1954 :

« Pas de R.A.A., ni scarlatine, ni chorée. Des angines fréquentes dans l'enfance. La malade présente une déformation thoracique en carène remontant à la petite enfance. On est frappé par la cyanose de tout l'abdomen. Cette cyanose remonte jusqu'à la ceinture. Toute la partie supérieure du corps a une teinte normale : les lèvres sont roses, la langue également, les mains aussi. Pas d'hippocratisme digital. La cyanose de l'abdomen est intense au niveau des vergetures consécutives à la grossesse. Devant cette cyanose, on fait le diagnostic de sténose de l'isthme de l'aorte de type infantile ou même d'interruption de l'arc aortique.

A l'auscultation : éclat du deuxième bruit considérable sur le bord gauche du sternum, dans le troisième espace. Ce clangor du deuxième bruit est suivi d'un souffle proto-diastolique qui n'a pas du tout le timbre d'un souffle diastolique d'insuffisance aortique. A la pointe, il existe un souffle systolique banal à propagation légèrement axillaire. La T.A. prise au membre droit montre une tension à 13/3 au bras droit. A la jambe droite, on trouve une tension systolique à 14. Les fémorales sont vigoureuses. Il y a de la sub-matité de la base droite. Le Dr. BARANGES a vidé un gros hydrothorax. Les vibrations passent jusqu'à la base. Pas d'œdèmes. Le foie n'est pas gros. Cœur régulier à 112.

Conclusion : Sténose de l'isthme de l'aorte de type infantile, ou même interruption de l'arc aortique. Une hernie diaphragmatique (récidive). Pronostic cardiaque très réservé.

Le 9-9-1954, la malade est arrivée dans le Service dans un état très grave. En plus de sa cyanose, elle avait un purpura hémorragique qui remontait sur le thorax. On n'a pas eu le temps de faire un nouvel examen, la malade est morte le samedi matin 2 septembre.

M. SANTY, qui a vu la malade, pense à une oblitération de la veine cave inférieure. On ne saura jamais, car la famille s'est opposée à l'autopsie. »

PATHOGENIE DES ACCIDENTS

Il est à noter que dans le lot de 23 observations que nous rapportons, les hernies furent remarquablement latentes jusqu'à la grossesse, exception faite toutefois de 2 cas déjà traités chirurgicalement (notre observation personnelle et l'observation n° 17, ainsi que le cas de RHENTER où quelques troubles digestifs avaient déjà fait faire le diagnostic). Il semble que dans presque tous les autres cas, la grossesse ait joué le rôle de facteur de révélation.

Nous allons envisager les modifications apportées à l'organisme qui peuvent être invoquées dans l'aggravation de ces hernies.

Dans les observations que nous avons produites les accidents sont survenus :

- une fois au cours du quatrième mois de la grossesse,
- trois fois au sixième mois,
- deux fois au septième mois,
- deux fois au huitième mois,
- quatre fois au neuvième mois,
- quatre fois pendant l'accouchement et
- cinq fois pendant le post-partum.

Sur une observation ancienne le renseignement n'est pas donné.

Il semble que la fréquence des accidents augmente avec l'âge de la grossesse.

La multiparité ne semble pas influencer l'évolution de ces hernies diaphragmatiques : dans la majorité des cas, il s'agissait de primipares.

En premier lieu, on peut invoquer l'augmentation de la

pression abdominale créée par l'accroissement de volume de l'utérus qui devient abdominal à partir du 3^e mois.

Les viscères gastro-abdominaux sont alors tous refoulés à gauche, précisément sous la coupole diaphragmatique qui non protégée par le foie, pouvant colmater une brèche éventuelle, est le plus fréquemment touchée par les hernies diaphragmatiques traumatiques ou congénitales. L'estomac subit une rotation d'avant en arrière, de bas en haut et de gauche à droite.

Les pressions intra-abdominales statiques causées par la croissance de l'utérus peuvent être encore augmentées par les efforts musculaires et certaines positions, telle la position assise. Certains ont invoqué les vomissements du début de la grossesse et en particulier les à-coups d'hyperpression abdominale qu'ils provoquent comme étant susceptibles d'aggraver une hernie existante. D'autre part, au cours des efforts volontaires de l'expulsion, le diaphragme est bloqué en inspiration forcée, les muscles de la sangle abdominale sont contractés et les pressions intra-abdominales développées sont alors considérables.

En second lieu, le diaphragme ascensionne pendant la grossesse. STEWART montre que cette ascension n'est pas due uniquement à son refoulement par les viscères abdominaux, mais également à l'hypotonie de celui-ci; cette hypotonie semble s'inscrire dans le cadre général de l'hypotonie tissulaire de la gravidité, responsable du relâchement ligamentaire, notamment au niveau de la symphyse pubienne, des varices, des dilatations des voies urinaires. Les causes premières de cette hypotonie ont été recherchées dans l'équilibre physico-chimique humoral de la femme enceinte : l'hypocalcémie et l'hypokaliémie créées par la perte de calcium et l'élimination accrue de potassium provoqueraient une baisse du tonus musculaire.

On a également invoqué une origine neuro-végétative de cette diminution du tonus. Un plus grand nombre d'auteurs veut voir à cette hypotonie une origine endocrinienne et ils invoquent tour à tour l'hyperhydropepsie causée par la folliculine ou le rôle de la progestérone; HISAW a isolé

chez la femelle gravide du cobaye la relaxine qui contrôlerait le relâchement des ligaments au niveau de la ceinture pelvienne et dont l'action pour ZARROW semblerait s'étendre au tissu conjonctif des autres organes.

Il est donc possible que ce diaphragme, porteur d'un orifice anormal, hypotonique d'une part, soumis, d'autre part, à des pressions abdominales croissant jusqu'à l'accouchement laissera plus facilement une masse viscérale plus grande faire irruption dans la cavité thoracique.

Il est probable que les accès de suffocation, observés dans les cas 2, 5, 10 et 11 se produisirent par l'irruption ou l'augmentation brutale de volume d'une masse viscérale dans la cavité thoracique. Dans notre observation personnelle, il est fort probable que la hernie ait récidivé, livrant brusquement passage à l'estomac et créant un collapsus respiratoire passager.

De même, pour les observations de collapsus cardiaque ou de mort subite, il semble que la compression cardiaque directe par la masse herniaire puisse bien être invoquée comme cause de la syncope. Dans l'observation de PERCY (n° 1) il semble bien que tel est le mécanisme de la mort. Cette observation soulève d'ailleurs la question de la possibilité de hernie traumatique aiguë par rupture du diaphragme au cours de l'accouchement; K. MULLER, qui dans sa Thèse commente l'observation, est plein de réticences pour admettre la rupture et cite un cas personnel où l'autopsie montre un petit épanchement sanguinolent et où la brèche diaphragmatique revêt un aspect cruenté du fait de la rupture récente d'adhérences anciennes entre viscères herniés et organes thoraciques.

Enfin, en ce qui concerne les accidents d'occlusion observés :

ils peuvent être le fait de l'étranglement au niveau de l'orifice herniaire; cet étranglement est retrouvé dans beaucoup de nos observations d'occlusion digestive, quand le compte rendu d'autopsie ou d'intervention est complet (obs. 2, 3, 5, 7, 8, 9, 14, 17);

ils peuvent être également le fait de volvulus du grêle

ou de l'estomac comme cela semble bien être le cas dans les observations 10, 17, 19. Dans une Thèse récente, LEPOIVRE invoque comme mécanisme de l'étranglement herniaire, en plus de la striction par le collet de la hernie, un mécanisme « d'enfoncement herniaire », provoqué par une inspiration bloquée. A chaque effort expulsif au cours de l'accouchement la femme atteinte de hernie diaphragmatique serait donc menacée de cette complication.

Dans les occlusions du post-partum, il semble plutôt que ce soit la striction de l'anneau herniaire qui produise l'incarcération dans la cavité thoracique d'une masse viscérale, peut-être augmentée de volume, à la faveur de la grossesse et de l'accouchement.

En résumé, c'est l'hyper-pression abdominale, créée par la grossesse et l'accouchement, qui semble le facteur le plus dangereux pour la femme enceinte atteinte de hernie diaphragmatique.

ACCIDENTS DE LA HERNIE DIAPHRAGMATIQUE AU COURS DE LA GRAVIDO-PUERPUERALITE

Les complications qui se sont produites dans nos 23 observations ont eu lieu :

- 13 fois pendant la grossesse, donc dans 56,5 % des cas. Il s'agissait :

- 10 fois d'occlusions digestives, soit 43,4 % des cas.

- 4 fois d'accidents dyspnéiques violents à type de suffocation souvent accompagnés de cyanose et ayant parfois abouti à une asphyxie mortelle.

- (Obs. 13 : occlusion + suffocation).

- 4 fois pendant l'accouchement, donc dans 17,3 % des cas, on a alors observé :

- 2 occlusions digestives, soit 8,6 % des cas.

- Une mort subite, soit 4,3 % des cas.

- 1 collapsus cardiaque sévère, soit 4,3 % des cas.

- 5 fois pendant le post-partum, donc dans 21,7 % des cas. Il s'est produit :

- 4 occlusions digestives,

- 1 asphyxie.

- Le cas n° 16 n'a pas présenté d'accidents.

Ainsi, dans plus de la moitié des cas, les complications se produisent pendant la grossesse, et il semble qu'elles soient plus fréquentes à mesure que la grossesse approche de son terme.

Les accidents revêtent trois grands types : ils sont d'ordre digestif, respiratoire et cardiaque. Il est bien entendu qu'il peut y avoir intrication des signes : plusieurs occlusions, notamment, se sont accompagnées de dyspnée, parfois même de cyanose.

De l'ensemble des observations citées, il ressort nettement que l'accident le plus fréquent de la hernie diaphrag-

matique au cours de la gravidopuerpuéralité est l'occlusion digestive causée soit par l'étranglement de la hernie, soit par un volvulus intra-thoracique. Cette occlusion peut siéger à tous les niveaux du tube digestif, au niveau de l'estomac, du grêle, du colon, ou même affecter simultanément plusieurs viscères.

Parmi les 23 cas cités :

69,5 % des femmes ont présenté :

- des phénomènes d'occlusion franche (60,8 %),
- des phénomènes sub-occlusifs ayant cédé à un traitement médical dans 2 cas (8,7 %);

20,8 % ont présenté des accès de suffocation ayant entraîné la mort dans 13 % des cas.

1 cas de mort subite au cours de l'accouchement représente un pourcentage de 4,3.

1 cas de collapsus cardiaque sévère représente également 4,3 % des cas.

Il convient d'ailleurs de séparer les observations citées en deux groupes : l'un englobant les cas antérieurs à 1927, l'autre, les cas postérieurs à cette date choisie parce qu'elle est celle de la première observation ayant bénéficié de la contribution des radiographies pour l'établissement du diagnostic.

OBSERVATIONS ANCIENNES.

Dans tous les cas du premier groupe, le diagnostic ne fut pas fait, et quelle que soit la forme des accidents, l'issue fatale a été inéluctable. Le diagnostic a toujours été une découverte d'autopsie. Les auteurs se sont souvent laissés égarer par les signes pulmonaires et respiratoires, et ont parfois porté le diagnostic de pleurésie purulente (obs. N° 9) ou de pneumo-thorax généralisé (obs. N° 7); parfois le diagnostic d'occlusion intestinale est posé, mais l'étiologie de l'occlusion n'est pas trouvée (obs. N°s 5 et 10).

OBSERVATIONS RECENTES.

En ce qui concerne les observations du second groupe au nombre de 13, bien que leurs rapporteurs aient bénéficié du secours de la radiographie, le diagnostic n'a pas été porté dans tous les cas. Il n'est fait que 11 fois, donc dans 84,6 % des cas.

Dans le reste des cas (15,4 %), le diagnostic n'a pas été fait ou il a été porté un diagnostic erroné (pleurésie dans l'obs. N° 18). La hernie diaphragmatique a été une découverte d'autopsie.

Complications digestives.

Dans les 13 cas récents, on relève 9 cas d'occlusions digestives dont 4 se terminèrent par la mort :

- dans l'un, le diagnostic ne fut pas fait (obs. N° 12);
- dans l'autre, un diagnostic de pleurésie avait été porté devant l'intensité des signes physiques pulmonaires (obs. 18);
- dans un troisième cas, le diagnostic de hernie diaphragmatique est porté avant le 7^e mois de la grossesse, on veut attendre que l'enfant soit viable, et pratiquer une thérapeutique chirurgicale de la hernie. Les accidents d'occlusion apparaissent et évoluent avant qu'on ait pu tenter une interruption de la grossesse;
- dans le 4^e cas mortel, la hernie diaphragmatique était connue de longue date, mais du fait de 3 grossesses et de 3 accouchements antérieurs normaux, aucune intervention n'est projetée ni tentée, et l'état de la malade n'inspire pas d'inquiétude.

Dans l'observation N° 13, la malade de SCHWARTZ présente alternativement des phénomènes d'occlusion et de suffocation; le diagnostic étiologique n'est pas posé, du moins au moment de l'occlusion, mais le traitement médical et le repos amènent la fin de la crise.

Dans les 4 cas restants, le diagnostic de hernie dia-

phragmatique étranglée est porté après l'apparition des accidents occlusifs :

- dans 1 cas, il est affirmé par l'auscultation de bruits intestinaux dans le creux axillaire (obs. N° 16);
- dans 2 cas, soupçonné par la coexistence de signes pulmonaires ou de dextrocardie avec des signes d'occlusion intestinale, le diagnostic est affirmé par la radiologie (obs. N°s 17 et 19);
- enfin dans l'obs. N° 22, l'attention est déjà attirée par l'image radiologique lorsque se manifestent les signes d'iléus.

Donc, même actuellement, ces occlusions par incarceration de hernies diaphragmatiques sont graves : les chirurgiens admettent une mortalité de 30 % pour la hernie diaphragmatique étranglée opérée, ceci en dehors de la gravidité.

En effet, le diagnostic est souvent porté tardivement, car les signes abdominaux d'occlusion intestinale manquent dans la plupart des cas; il n'y a alors ni ballonnement, ni défense, ni péristaltisme; l'arrêt des gaz est souvent incomplet; les signes toxiques d'occlusion sont cependant présents; l'étranglement évolue alors que l'abdomen reste muet et les signes physiques pulmonaires peuvent alors égarer le diagnostic.

Le diagnostic devra alors se baser sur la présence des vomissements répétés souvent précoces, car l'occlusion est souvent haut située; il est à noter qu'en cas de volvulus de l'estomac, les vomissements rapidement taris sont remplacés par des efforts vains de vomissements. La douleur épigastrique ou thoracique est constamment présente; les moindres signes d'arrêt du transit intestinal devront alors faire pratiquer un examen radiologique qui est le temps capital du diagnostic et devra parfois être pratiqué après opacification du tube digestif.

Il n'est donc pas très étonnant que chez des femmes enceintes ou venant d'accoucher, le diagnostic n'ait été porté que dans 5 cas sur 9, soit 55,5 % des cas, et que la mortalité sur cet ensemble de cas de hernies diaphragmatiques étranglées soit de 44 %.

Complications respiratoires.

Dans 2 cas de hernie diaphragmatique diagnostiquée, il y a eu apparition d'accès de suffocation, mortel dans un cas (obs. N° 11), réagissant favorablement au traitement médical dans l'autre cas (obs. N° 23).

Dans l'obs. N° 13, l'apparition de crises suffocantes associées au fait que la malade crachait du sang, a fait porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire et fait hospitaliser la malade dans un établissement de cure.

Complications cardiaques.

Il a été observé dans un cas de hernie diaphragmatique connue, un collapsus cardiaque impressionnant cédant au traitement médical.

En conclusion, il convient de s'en rapporter uniquement aux cas récents pour juger de la gravité actuelle de la hernie diaphragmatique chez la femme enceinte.

Sur 13 cas, le diagnostic a été fait dans 84,6 % des cas.

Dans 61,5 % des cas, le diagnostic était connu, alors que la femme était enceinte, ce qui laissait toute possibilité à l'accoucheur de choisir une attitude thérapeutique; dans 53,8 % des cas, le diagnostic fut posé avant l'installation de tout accident. Or, ces 13 cas sont grevés d'une mortalité de 38,4 % dont 30,7 % par occlusion digestive, mortalité suffisante pour imposer des mesures prophylactiques ou thérapeutiques énergiques.

CONDUITE DU TRAITEMENT

Le traitement peut parfois revêtir un caractère chirurgical ou médical d'urgence devant une complication brutale :

Devant une complication cardiaque ou pulmonaire, il s'agira d'un traitement médical symptomatique.

Devant l'installation d'un syndrome d'occlusion, le traitement médical sera tenté, mais on ne le prolongera pas s'il n'est pas suivi d'une amélioration franche et rapide, et le traitement chirurgical devra être envisagé précocément.

Mais le traitement doit viser à être prophylactique, et il est instructif d'énumérer les attitudes adoptées par les différents auteurs.

Parmi nos 13 cas récents de hernie diaphragmatique compliquant la gravido-puerpéralité, 8 cas présentent un intérêt particulier du fait que le diagnostic fut porté avant l'accouchement et qu'il fallu tenir compte des intérêts de la mère et de l'enfant.

Dans ces 8 cas :

— 4 fois la femme n'a été vue qu'à terme par l'accoucheur, et le diagnostic de hernie diaphragmatique a été porté.

Dans ces cas, il a été fait :

- 1 forceps à dilatation complète chez une primipare. La mère est morte d'accidents asphyxiques peu après la délivrance. L'enfant a vécu (obs. n° 11) ;
- 1 césarienne associée à une cure radicale de la hernie (obs. n° 22). L'enfant et la mère s'en sont bien trouvés ;

— dans 2 cas on a laissé l'accouchement s'effectuer spontanément; il en est résulté :

un étranglement herniaire pendant le travail causant la mort de la mère et de l'enfant,

un collapsus cardiaque au moment de l'expulsion, traité médicalement; il n'en est rien résulté de fâcheux ni pour la mère, ni pour l'enfant.

— 3 fois le diagnostic de hernie diaphragmatique était déjà porté au début de la grossesse :

— Il a été pratiqué 1 avortement thérapeutique au 3^e mois de la grossesse chez une femme qui en avait déjà subi un, pour des raisons semblables au début d'une précédente grossesse (obs. 14).

— Dans un cas (obs. n° 13) une femme dont les trois grossesses précédentes avaient été marquées d'accidents nombreux, en particulier une occlusion intestinale et une crise de suffocation violente; on pratique avec succès une cure radicale de la hernie au cours d'une nouvelle grossesse. Il est projeté d'interrompre la grossesse.

— Dans notre observation, la cure de la hernie diaphragmatique ayant été pratiquée 3 ans plus tôt, il est décidé d'attendre les derniers mois de la grossesse pour prendre une décision quelconque.

— Enfin dans 1 cas, le diagnostic est porté au 6^e mois de la grossesse, alors que la malade a présenté des accidents mineurs (obs. n° 21). Il est décidé d'attendre la viabilité de l'enfant pour provoquer un accouchement prématuré et traiter chirurgicalement la hernie. L'évolution se fait vers l'occlusion intestinale à 6 mois $\frac{1}{2}$, et la décision d'interruption de la grossesse est prise trop tard pour sauver la mère.

D'autre part, 3 fois le diagnostic de hernie diaphragmatique est fait après l'accouchement au moment où s'installaient les signes d'occlusion. Comme les intérêts de la mère sont seuls en jeu, la thérapeutique est simple, médicale dans un cas (obs. 16), chirurgicale dans les deux autres (obs. 17 et 19), couronnée de succès dans chaque cas.

Il ressort de ces faits que dans ces 8 cas :

la vie de l'enfant a été préservée quatre fois,
celle de la mère, cinq fois.

En raison des complications éminemment graves caractérisant les hernies diaphragmatiques associées à la gestation, on peut donc et on doit envisager la question de l'avortement thérapeutique lorsque la grossesse survient chez une malade connue, présentant une hernie diaphragmatique. C'est ainsi que VIGNES et RHENTER ont pratiqué deux avortements thérapeutiques chez une femme au troisième mois de ses grossesses. C'est ainsi que SCHWARTZ envisage également d'interrompre une grossesse au début, immédiatement après la cure chirurgicale de la hernie. Notre observation en outre, relative à une hernie diaphragmatique, dont la cure chirurgicale fut suivie de succès, mais qui récidiva au cours de la grossesse, montre bien que la question de l'interruption de la grossesse n'est pas sans intérêt.

Cependant, nombre d'observations montrent que l'accouchement s'est passé sans incidents : dans les observations n^{os} 16, 17 et 19, les accidents sont survenus après un accouchement et une grossesse normale et ont pu être maîtrisés; parmi nos 23 observations rassemblées, 14 femmes présentaient une hernie diaphragmatique que les auteurs avaient reconnue de type congénital; parmi ces 14 femmes, 5 étaient des multipares ayant eu de une à trois grossesses antérieures normales, suivies d'accouchements normaux. Dans un seul cas, obs. n^o 13, trois grossesses successives avaient été troublées par des accidents graves causés par la hernie diaphragmatique.

La hernie diaphragmatique associée à la grossesse ne produira donc pas à coup sûr une complication désastreuse. Des auteurs, comme GRANZOW, ont préconisé fermement l'interruption de la grossesse à n'importe quel stade de son évolution dès que le diagnostic de hernie diaphragmatique est posé; ils préconisent même la stérilisation chirurgicale des femmes jeunes, refusant l'intervention chirurgicale radicale de la hernie. Ces auteurs n'avaient connaissance que des cas anciens où le diagnostic n'étant affirmé que par l'autopsie, les cas d'issue heureuse de la l'association hernie diaphragmatique-grossesse restaient méconnus et cette mortalité de 100 % pouvait impressionner n'importe quel observateur. Aussi ne peut-on pas dans l'état actuel des techniques chirurgicales pouvant pallier les occlusions, admettre comme fondé l'avortement thérapeutique dans l'association hernie diaphragmatique et grossesse.

Si l'on découvre une hernie diaphragmatique chez une femme enceinte, on devra donc recourir à un traitement symptomatique médical s'il y a lieu, recommander le repos, et surveiller la femme de très près, notamment à la fin de la grossesse pendant l'accouchement et les suites de couches, en milieu hospitalier.

La question de l'accouchement prématuré ne se poserait guère que chez une multipare lorsque les conditions nécessaires au succès du déclenchement sont réalisées (sommet engagé, col effacé). L'accouchement prématuré peut alors théoriquement supprimer les risques d'accidents au moment des derniers jours de la grossesse.

La conduite à tenir au moment de l'accouchement doit être envisagée plus particulièrement :

1) Chez une multipare, la présentation étant régulière, engagée, nous estimons que l'accouchement doit être réalisé par voie basse, la période d'expulsion étant supprimée grâce à une application de forceps à dilatation complète. Dans notre observation, où il s'agissait d'une primigeste, nous avons suivi cette technique, car la tête était profondément engagée, le col effacé, déjà dilaté à 3 cm. environ et l'accouchement a été terminé au forceps.

2) Chez la primipare, il nous semble que l'intervention par voie haute puisse être envisagée, surtout si la moindre dystocie est prévue (présentation haute, parties molles résistantes). La césarienne bien conduite, sous anesthésie légère, en évitant la position de Trendelenburg, doit être en principe moins dangereuse que l'accouchement par voie basse.

3) En cas d'accouchement prématuré, l'accouchement par les voies naturelles est de rigueur.

4) Dans les cas de présentations vicieuses (épaule par exemple) ou de siège chez les primipares, en cas de bassins rétrécis, la voie haute représente la solution la moins dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

En outre, chez une jeune femme non enceinte, présentant une hernie diaphragmatique, on conseillera la cure chirurgicale de la hernie, et il semble raisonnable de l'avertir du danger que peut constituer une grossesse, même si une cure chirurgicale a été pratiquée.

Enfin, du point de vue médico-légal, il n'est pas sans intérêt d'insister sur la possibilité de mort subite ou rapide, provoquée par la hernie diaphragmatique au cours de la gravidopuerpéralité; la hernie diaphragmatique devra donc être soigneusement recherchée à l'autopsie.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons une observation personnelle de hernie diaphragmatique opérée avec succès et ayant récidivé au cours de la grossesse.

II. — Nous avons recherché à ce propos les diverses observations publiées concernant l'association hernie diaphragmatique et grossesse, en éliminant les petites hernies du hiatus œsophagien, expliquant certains pyrosis graves de la grossesse. Nous avons recueilli 23 observations. Certaines d'entre elles sont très anciennes.

III. — Le diagnostic n'a pu être fait cliniquement ou radiologiquement, que dans 84,6 % des cas. Dans 15,4 % des cas, l'affection n'a été découverte qu'au cours de l'autopsie.

IV. — La grossesse a été marquée par les accidents suivants :

- accès de suffocation avec asphyxie : 17,3 % dont 8,6 % mortels;
- accidents d'occlusion digestive : 43,4 % avec intervention chirurgicale dans 4,3 %.

V. — L'accouchement a été marqué par les accidents suivants :

- mort subite : 4,3 %,
- mort par occlusion : 8,6 %.

En plus, dans 4,3 % des cas, on a observé des accidents cardiaques qui ont disparu par le traitement médical.

VI. — Le post-partum a été marqué par les accidents suivants :

- phénomènes asphyxiques mortels : 4,3 %,
- accidents d'occlusion digestive : 17,3 % dont 4,3 % mortels.

VII. — Nous avons discuté les causes pathogéniques gravidiques pouvant être invoquées, comme facteurs provoquant les accidents.

VIII. — Le traitement doit être minutieusement envisagé, et il semble que l'intervention par voie haute soit souvent la meilleure solution, quand le diagnostic de hernie diaphragmatique est posé au cours de la grossesse. L'avortement thérapeutique semble devoir être rejeté.

IX. — Dans tous les cas de mort rapide au cours de la grossesse, de l'accouchement ou post-partum, il convient de rechercher l'existence possible d'une hernie diaphragmatique.

Vu :

LE DOYEN,
H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,
P^r PIGEAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 Juin 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- BAZAREWSKI (S.). — Ginek polska, 23 : 77, 1952.
- BOURGEOIS (G. A.) et HOOD (W. T.). — New-England J. Med., 241 : 150-151, 1949.
- CONSTANTINI et MENEGAUX. — Congrès Français de Chirurgie, 1935.
- CZYŻEWICZ (A.). — Polski Tygod lek., 9 : 814-815, 1954.
- DELLEE (S. T.) et GILSON (B. J.). — Am. J. Obst. and Gynec., 41 : 904, 1941.
Diaphragmatic Hernia complicating the puerperum.
- DIDDLE (A. W.) et TIDRICK (R. T.). — Am. J. Obst. Gyn., 41 : 317-321, 1941.
Diaphragmatic hernia associated with pregnancy.
- DOLFF (C.). — Geburtsh. et Frauenk., 14 : 270-272, 1954.
Hernia diaphragmatica dextra incarcerata bei Graviditas mens IX.
- FISHBACK (H. R.). — Arch. Path., 6 : 867-870, 1928.
Fenestra of diaphragm.
- GARCIN-NICOLAS (H.). — Contribution à l'étude des hernies hiatales et du reflux gastro-œsophagien. Thèse, Marseille, 1953.
- GRANZOW (J.). — Fortschr. a. d. geb. d. röntgenstrahlen, 35 : 1246-1252, 1927.
Tod unter der Geburt durch traumatische Zwerchfellhernie.
- GUÉRIN-VALMALE. — Bull. soc. obst. Paris, pp. 547-551, 1911.
Hernie diaphragmatique de l'estomac au cours de la grossesse.
- HILLEMAND (P.), VIGUIE, BERNARD, VILLARD et DELLILE. — Bull. Soc. Med. Hôp. Paris, 69 : 229-234, 1953.
Hernie diaphragmatique et grossesse : ses rapports avec le pyrosis de la femme enceinte.
- HILLEMAND (P.), VIGUIE, BERNARD, VILLARD et DELLILE. — Union Med. Canada, 82 : 1089-1101, 1953.
Le pyrosis de la femme enceinte. Ses rapports avec la hernie du hiatus œsophagien.
- HUSHLAN (S. D.). — Connecticut M. J., 15 : 969, 1951.
Diaphragmatic hernia in pregnancy : significance and danger.
- KEIM, ROSENTHAL et HUGUIER. — Bull. Soc. Obst. Paris, pp. 147-160, 1898.
Hernie diaphragmatique congénitale avec issue d'une partie

de l'estomac et de l'intestin dans la plèvre gauche chez une primipare.

LAROYENNE (L.). — Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques. Thèse, Lyon, 1953.

LEGRY (T.). — Bull. soc. anat. Paris, 9 : 304-306, 1895.

Etranglement interne chez une femme enceinte de 8 mois. Hernie de l'angle gauche du colon et de l'épiploon à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans la plèvre gauche.

LEPOIVRE. — A propos de la pathogénie de la lésion dite étranglement des hernies diaphragmatiques. Thèse Paris 1951.

LÉVY (H.). — J. M. Soc. New-Jersey, 50 : 72-73, 1953.

Pregnancy complicated by diaphragmatic hernia.

MENGERT (W. F.) et MURPHY (D. P.). — Surg. Gyn. and Obst., 57 : 745-749, 1933.

Intra abdominal pressures created by voluntary muscular effort : relation to posture in labor.

MENGERT (W. F.) et MURPHY (D. P.). — Surg. Gyn. and Obst., 58 : 150-153, 1934.

Intra-abdominal pressures created by voluntary muscular effort.

MONGES (H.), MONGES (A.) et GARCIN-NICOLAS (H.). — Marseille Med., 90 : 247-256, 1953.

MONGES (H.), MONGES (A.) et GARCIN-NICOLAS (H.). — Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 5 : 589-590, 1953.

MONGES (H.), MONGES (A.) et GARCIN-NICOLAS (H.). — Concours Méd., 76 : 1815-1819, 1954.

Considérations sur le pyrosis de la femme enceinte : les hernies hiatales et le reflux gastro-œsophagien de la femme enceinte.

MULLER (R. O.). — Ileus in der Schwangerschaft infolge eingeklemmter Zwerchfells hernie. Thèse, Erlangen, 1913.

MULLER (K.). — Über Hernia Diaphragmatica Während der Schwangerschaft und der Geburt. Thèse, Berlin, 1901.

OSBORNE (W. W.) and FOSTER (C. D.). — Am. J. Obst. Gyn., 66 : 682-684, 1953.

Diaphragmatic hernia complicating pregnancy.

PANTALONI (P.). — Hernies pendant la grossesse. Thèse Montpellier, 1912.

PEARSON (S. C.) et PILLSBURY and MAC CALLUM. — J.A.M.A., 144 : 22-24, 1950.

Strangulated diaphragmatic hernia complicating delivery.

PERCY. — Dictionnaire des Sciences Médicales, Panckoucke Editeur, Paris 1814. 9 : 217.

PIGEAUD (H.). — Physiologie obstétricale. Masson éditeur, Paris 1953.

RHENTER (J.). — Comptes rendus des travaux des sociétés d'obsté-

trique et gynécologie de Lyon et Marseille. Séance du 7 décembre 1942.

RIGLER (L. G.) et ENEBOE (J. B.). — J. Thoracic Surg., 4 : 262-268, 1935.

Incidence of hiatus hernia in pregnant women and its significance.

RINGROSE. — Brit. Med. Journ., p. 1673, 1910 (II).

A case of diaphragmatic hernia in an adult.

SALA (S. L.), RODRIGUEZ, MIRANDA (J. V.), SANCHEZ (C.). — Sem-Med. B. Air., 103 : 666, 1953.

SALGADO (C.). — An Brasil de Ginec., 17 : 255-258, 1944.

Cesariana por hernia diafragmatica.

SATHE (A. G.). — J. Obstet. Gynaec. India., 4 : 316-320, 1954.

SCHWARTZ (A.). — Bull. Soc. de Chir. de Par., 54 : 483-488, 1928.

Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques.

THOMPSON (J. W.) et LE BLANC (L. J.). — Am. J. surg., 67 : 123-130, 1945.

Congenital diaphragmatic hernia visceral strangulation complicating delivery.

VIGNES (H.). — Physiologie obstétricale. Masson 1923, p. 436.

VIGNES (H.). — Maladies des femmes enceintes. Masson 1935, 2 : 190.

WRIGHT (Ch.), FIELDING (W. L.), POSNER (A. C.). — Harlem Hosp. Bull. N. Y., 5 : 123-128, 1953.

Diaphragmatic hernia in pregnancy.

YENEN (E.). — Turk. Tip. Cem. Mec., 12 : 236-239, 1946.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	13
Généralités	15
Anatomie	15
Embryologie	17
Les Hernies Diaphragmatiques	18
Observations	22
Pathogénie des complications	37
Accidents de la hernie diaphragmatique au cours de la gravido-puerpéralité	41
Conduite du Traitement	46
Conclusions	51
Bibliographie	53

